

TERESA MORANDI

EN DEFENSA DE LA SUBJETIVIDAD

Plataforma para la defensa de la salud mental pública¹



Resumen

En este artículo se da a conocer la Plataforma en Defensa de la Salud Mental Pública en Catalunya —un movimiento asambleario de profesionales de disciplinas diversas que participan a título personal, creado para afrontar problemas cruciales en el campo de la salud mental en la actualidad— así como sus objetivos, enmarcados en un compromiso clínico, ético y político.

Palabras clave:

defensa de la subjetividad, salud mental pública, síntomas del malestar, hipermedicalización, malestar de los profesionales, biologización de la subjetividad.

Abstract

This paper introduces the Platform for Defens of Public Mental Health in Catalonia —an assembly movement of interdisciplinary professionals participating in a personal basis, created to face currrent mental health crucial problems— and its goals, framed in a clinic, ethical, and political commitment.

Keywords

defense of subjectivity, public mental health, discomfort symptoms, hiper-medicalization, subjectivity biologization, professionals' discomfort

1. Parte de este artículo ha sido presentado en el XI Congreso de la Fundación Europea para el Psicoanálisis, realizado en Barcelona, marzo 2017 con el tema: «El sujeto que sufre».

Pequeña historia tendiente a ilustrar lo precario de la estabilidad dentro de la cual creemos existir, o sea que las leyes podrían ceder terreno a las excepciones, azares o improbabilidades...

Julio Cortázar. *Historias de cronopios y de famas*

La Plataforma en Defensa de la Salud Mental Pública (<http://www.plataformasalutmental.cat/>) se origina en Barcelona, en octubre de 2014, como movimiento asambleario de profesionales de diferentes disciplinas quienes, en su mayoría, cuentan con larga experiencia en el campo de la psiquiatría, el psicoanálisis y la salud mental, tanto pública como privada y cuya adhesión a la misma es a título personal, como expresión de un compromiso con la realidad asistencial, social y política de esta época.

Profesionales que, desde la dictadura franquista y luego en democracia, se han comprometido e impulsado un modelo comunitario en el campo de la SM. Este modelo nace de un proceso de transformación de la asistencia manicomial y de exclusión social, dando lugar a la creación de dispositivos públicos y privados

Hace ya tiempo, desde diferentes espacios y junto a diversas asociaciones, se ha alertado sobre el deterioro, precariedad y evanescencia del modelo de atención pública a la SM (Plan Director de SM y Adicciones), y hemos sido testigos de que los logros conseguidos se abandonan, dominados por, e integrados en los intereses de mercado, aliado con el cientificismo biologista que dice basarse en «evidencias científicas».

Un deterioro que causa estragos, agravado por la crisis y sus recortes, determinado por diferentes factores, de los que señalaremos:

- *una sociedad con acelerados cambios* que se sufren a nivel del sujeto y de la vida en común, que impulsa a sus ciudadanos a no soportar debilidades o temores; al consumo de todo tipo —sanitario incluso— para llenar vacíos e incertidumbres propias de lo humano, negando dificultades; a vínculos frágiles, a no pensar, cuestionar ni disentir libremente; a callar y obedecer, determinando nuevos y variados síntomas del malestar subjetivo, que mueven a
- una *demanda creciente* dirigida en Catalunya

El hecho de interrogar el sentido del síntoma por la palabra implica que los sujetos se hagan responsables de su decir y hacer, de sus malestares, más allá de los diagnósticos psiquiátricos o de otros tipos.

que han significado modificaciones importantes en el reconocimiento de derechos, en la comprensión del sujeto, del sufrimiento mental y en los modos de intervención sobre la subjetividad. El hecho de interrogar el sentido del síntoma por la palabra implica que los sujetos se hagan responsables de su decir y hacer, de sus malestares, más allá de los diagnósticos psiquiátricos o de otros tipos.

Profesionales que han creado, defendido y trabajado por una práctica clínica que, teniendo en cuenta la complejidad de lo humano, aboga por la constitución de una red conectada con otros dispositivos sanitarios, sociales, educativos, comunitarios, a favor de un modelo integral e interdisciplinario.

a la Atención Primaria de Salud y a SM pública, mayoritariamente dominadas por el discurso biomédico que, excluyendo a otros, logra crear en el imaginario social y en los mismos profesionales del campo de la salud la siguiente serie: SM = psiquiatría = enfermedad mental = a-normalidad = medicación o terapias conductuales. Estas últimas, prácticamente como herramientas exclusivas para tratar patología y malestar, es decir, sufrimiento psíquico sin patología. Su resultado es

- una *biologización o psiquiatrización de la subjetividad*: el sujeto se pierde detrás del interés desmedido por lo orgánico, se debilita o desaparece su singular narrativa de vida, y ocasiona un aplastamiento subjetivo bajo ese potente y

omnisciente discurso de la técnica, de la biología o de la química. Cada vez menos *psi* y menos social, derivando a

- una *medicalización del malestar* subjetivo, al imponerse la idea de que las dificultades de la vida en forma de tristeza, angustia, duelos, conflictos e incluso el desamparo de sujetos arrojados a la intemperie, tras el vendaval que supone la globalización (paro, desahucios, fragilidad laboral), son patologías ajenas a la historia vital del sujeto y a los determinantes históricos, políticos, culturales y sociales que intervienen en la salud y en la enfermedad y deben ser erradicados con fármacos. Se obtiene así un gran beneficio económico medicalizando personas sanas.

... aplacar el malestar no es curar ninguna «enfermedad» y, menos aún, resolver las razones del malestar subjetivo, es solo actuar sobre su expresión sintomática.

- Esa *hipermedicalización* o exceso, es también en parte, causa y efecto de una *política de formación* de especialistas —encargados de prescribir y sancionar la norma: qué es enfermedad y qué no—, a través de un discurso no integral, producto de la ideología neoliberal, compartido con la industria farmacéutica, y de la mercantilización-privatización del sistema sanitario, debilitando la prevención y la atención primaria y comunitaria.

Se modifica así **la escucha** del profesional. Su criterio clínico es limitado por los gestores; su praxis es diagnosticar trastornos según protocolos: Depresión, TDAH, TLP, sin participar en su diseño, en ocasiones estando en desacuerdo, y viéndose empujados a aplicar tratamientos para controlar o aplacar el malestar —pastilla, modificación de conducta, terapias electroconvulsivas—.

Pero aplacar el malestar no es curar ninguna «enfermedad» y, menos aún, resolver las razones del malestar subjetivo, es solo actuar sobre su expresión sintomática. Ortopedia al fin que, en el caso de psicopatología grave, se convierte en eterna y crónica compañera.

Se *dibuja una clínica* del sufrimiento psíquico del supuesto «enfermo», sujetado a «la reclusión estigmatizadora del diagnóstico» y a tratamientos de las consecuencias sintomáticas, sin ocuparse de las causas. Los tiempos asistenciales, que daban lugar a la escucha del *caso por caso singular, a terapéuticas grupales, familiares*, disminuyen, porque el aumento de la demanda es proporcional a la reducción tanto de personal cualificado en ello, como de tiempos y frecuencia de sesiones.

Esta realidad ocasiona malestar y problemáticas éticas a profesionales con diferente formación que, sumado a la presión asistencial de personas en listas de espera y a la falta de perspectivas, los dejan sin

deseo de cumplir su función, aceptando pasivamente o inmersos en un murmullo de quejas, en actitud defensiva, silenciados, des-subjetivados, con riesgo de enfermar y riesgos iatrogénicos.

Un patrón, en suma, en íntima consonancia con el discurso actual que no ofrece espacio para crear pensamiento, para reflexionar sobre lo que sucede o sobre la causa de ello, ni tiempo para soportar los síntomas del malestar.

Pero la subjetividad, el conflicto inconsciente irreducible a la medicalización o a la adecuación conductual, insiste y retorna en las demandas de los pacientes, de sus familias y en el profundo y silencioso malestar de los profesionales que lleva a interrogar por qué se soporta lo insoportable.

Por qué una Plataforma

Insistencia y malestar que nos mueve en Catalunya, junto a colegas de Madrid y otros movimientos sociales, a crear dicha PSM. Buscamos poner y sumar voz al silencio que pesa sobre todas las cuestiones expuestas, desde un posicionamiento ético y responsable.

Dar a conocer a la ciudadanía, a los representantes políticos y a los medios de comunicación las graves consecuencias que las reducciones presupuestarias indiscriminadas, la pérdida o abandono del modelo de salud mental comunitario, el predominio de la química sobre la palabra, la hipermedicalización —alarmante sobre todo en la infancia y adolescencia— producen en los modos de intervención sobre, y en, la producción de subjetividad; a la vez que pedir aclaraciones y responsabilidades a gestores y políticos.

Defender la subjetividad

Nos planteamos una apuesta clínica, ética y política: defender la subjetividad, nuestra condición humana, con sus contradicciones y paradojas.

- Defender una manera de concebir la SM pública centrada en la singularidad —de consultantes y equipos—, en la vida en común y los lazos sociales, que es necesario **proteger porque está siendo amenazado, dañado** un patrimonio de todos.
- Defender la capacidad y la responsabilidad de cada sujeto, los recursos con los que cuenta, el derecho a serle reconocidas sus posibilidades de encontrar y elaborar salidas a aquello que, en cada uno, se revela como insoportable y extraño, aunque sea lo más familiar.
- Defender la relación profesional-paciente, cuya dosis es escucha, frecuencia, continuidad para pensar y elaborar lo que aqueja al sujeto. Práctica que se va perdiendo, porque los cálculos económicos —reducción de personal, de tiempo, inestabilidad de los equipos— no tienen en cuenta la *economía psíquica humana* y el efecto terapéutico del lazo transferencial, y así se van generando intervenciones fragmentadas y repetición de consultas.
- Defender la recuperación de espacios de supervisión, de reflexión, que ayuden a producir una posición crítica, combatiendo prejuicios, a través de una escucha de la transferencia, determinando la posición del sujeto y posibilitando una cierta transformación subjetiva.
- Defender que no existe una única orientación

para tratar el sufrimiento psíquico, que hay otra práctica posible basada en la reflexión y formación continuada sobre la clínica, la psicopatología, el trabajo en equipo, en red, el análisis institucional y la posibilidad de investigaciones cualitativas.

- Defender que considerar diversas perspectivas clínicas es una manera de resguardar derechos de las personas —paciente, profesional, comunidad—, haciendo más productiva y democrática la realidad del campo de lo psíquico, en el que no es posible la homogenización que demanda la ley del mercado.
- Defender la suspensión de los recortes, que agravan un déficit crónico de financiación que, a su vez, es gestionado por un número importante de entidades proveedoras, no valorando a los profesionales, fragmentando la atención, atomizando al sujeto.
- Defender la equidad en la atención entre territorios o entre distritos en Barcelona. Disminuir el gasto de la atención hospitalaria y tratamiento farmacológico, muy superior al destinado a atención primaria y comunitaria juntas. Apoyar programas de prevención, y tratamientos psicoterapéuticos.

¿Cómo hacerlo?

Nos dirigimos a profesionales de la red de SM, a diferentes asociaciones que los integran, entendiendo que la deriva del modelo, la fragmentación de la red y el embate de los recortes les afectan y afecta lo comunitario. Les invitamos a salir del silencio, de la inercia del sistema y de la presión social, poniendo a debate sus experiencias e ideas, sus sugerencias y proyectos, integrándose a Grupos de Trabajo.

Pese a que la respuesta es parcial, se forman tres Grupos, integrados por médicos de AP, trabajadores sociales, psicoanalistas, psicólogos, educadores sociales, psiquiatras, enfermeros. Sus funciones, interrelacionadas son:

— **GT1:** *Investigar el funcionamiento del modelo y el efecto de los recortes*

Ante la opacidad de datos y desinformación de la

gestión, decidimos conocer para poder discernir de qué realidad se trata, analizando documentos sobre el estado actual de la atención a la SM en la red pública catalana. Ello nos encamina a formular preguntas a los diferentes responsables y elaborar propuestas que permitan avanzar hacia un modelo integral, riguroso y transparente, participado por profesionales, por diferentes colectivos, activando el control de lo público.

— **GT2: Comunicación:**

Se busca y se consigue establecer una red de comunicación y difusión sobre el trabajo que realiza la PSM, creando un blog para acercar relatos sobre la clínica, propuestas de profesionales y de diferentes sectores.

— **GT3: Análisis de las prácticas terapéuticas**

Se analiza la historia de las prácticas terapéuticas en este país, los efectos de la pérdida y retroceso considerable de un modelo, y las maneras de recuperar una formación integral, comunitaria de profesionales, y evitar los excesos de medicación.

Algunos efectos:

- Producto de la elaboración realizada por los tres GT, se exponen preguntas dirigidas al Conseller de Sanitat (2014) y, a pedido de los parlamentarios, se llevan las conclusiones y propuestas a la Comisión de Salud del Parlamento de Catalunya, en dos comparecencias en el año 2015 y una tercera a la Comisión de Asuntos Sociales y Familia, en diciembre del 2016.
- Se participa en la Mesa de Salud Mental, promovida por el nuevo Ayuntamiento de Barcelona.
- Se realizan dos Jornadas para difundir el trabajo realizado y recoger propuestas, con participación de profesionales y otras entidades.
- En este año, junto a un grupo de la UAB, y ante la ausencia de trabajos sobre este tema, se pone en marcha un proyecto de estudio, serio y riguroso, sobre el malestar de los profesionales de salud mental, sus consecuencias en la salud de los mismos, así como en

su práctica clínica preventiva y asistencial, que permita elaborar y tener en cuenta medidas de cuidado.

No ha sido, ni es un camino fácil intentar recuperar sujeto y palabra.

En estos años, ha habido cierta modificación del discurso en políticos y gestores, reconociendo la importancia de la SM en el bienestar personal y social, prometiendo aumento de recursos, mejor distribución y consideración de una práctica diferente, ligada a lo comunitario.

Esperamos que no sea gatopardismo, o un mero retoque de diagnósticos estigmatizadores —muy cuestionados ya desde diferentes ámbitos—, por otros, pero del mismo tipo, donde la biología sigue como teatro único y la tecnoindustria se pone a su servicio —y se sirve de ello—, sin aceptar que los conflictos están en «otra escena».

Nos hemos dado una estructura propia de un **espacio de estudio y debate**, abierto a todos aquellos profesionales que rechazan y cuestionan la potencia cosificadora del sistema y ponen todo su esfuerzo y su saber al servicio de la comunidad, aún a costa de ver afectada su propia salud. Pero comprobamos que participar es ciertamente una cuestión compleja, y nos lleva a interrogarnos: ¿Continuar? ¿Cómo? ¿Actuar sólo ante acontecimientos puntuales? ¿Convertirnos en un observatorio de SM?

Dejamos abiertos los interrogantes, concluyendo que hace falta sostener espacios así, recobrando el deseo. Ello no se dará sin la fuerza que pueden aportar los profesionales —con su experiencia y saber—, la ciudadanía y diferentes movimientos sociales, compartiendo la recuperación de una atención sanitaria en consonancia con las personas, con su singularidad, con sus derechos; conscientes que ningún proyecto social es posible sin tener en cuenta al sujeto y la subjetividad de la época.

¿Utopía en estos tiempos líquidos? Una cierta respuesta a esta pregunta nos la da el poeta *Eduardo Galeano*:

La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar. ■

Bibliografía

- BAYO, R., ZAPATER, F: Sobre la precària situació de l'atenció a la salut mental a Catalunya. *Revista Intercanvis*. Desembre 2016.
- COLINA, F. «¿Luchar contra el estigma? Entrevista de la Casa de la Palabra». Abril 2015.
- CORTÁZAR, J. (1995) *Historias de cronopios y de famas*, Buenos Aires: Alfaguara, .
- Document elaborat pel GTI de la PSM.(web PSM): «La situació actual en l' àmbit de la salut mental a Catalunya: retallades i model».
- Espai Freud: Manifiesto por una psicopatología Clínica, que no estadística. Entrevista a Carlos Rey. Publicada en Infocop online 15/12/2014.
- GALEANO, E.: «Ventana sobre la utopía». <https://www.poeticous.com/eduardo-galeano/ventana-sobre-la-utopia>
- POLANUER, M. «Asesinato del alma». Artículo publicado en *Catalunya Press* el 20 de Junio de 2016.

Teresa Morandi
Psicoanalista, Psicóloga clínica
Barcelona
[T] 690 219 185
[@] 12450@comb.cat